

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

14

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léo-Jacques ALPERN

Né le 24 mars 1904, à Bucarest (Roumanie)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LA

PAROTIDITE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE

ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Président : M. RATHERY, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

18

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léo-Jacques ALPERN

Né le 24 mars 1904, à Bucarest (Roumanie)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LA

PAROTIDITE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE
ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Président : M. RATHERY, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGET.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 ERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 OULIN Pathologie médicale.
 ULLIARD Histologie.
 ATHALA Pathologie médicale.
 HEVALLIER .. Pathologie médicale.
 OGNON Physique.
 EY Urologie.
 ALLIARD Parasitologie.
 ASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 AYET Physiologie.
 IROUD Histologie.
 AGUENAU ... Pathologie médicale.
 ALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 AZARD Pharmacologie.
 UGUENIN Anatomie pathologique.
 OANNON Hygiène.
 ABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 ACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LGLAVE Pathologie chirurgicale.
 USQUET Pharmacologie.
 HAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOCQUOT.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ÉCALLE
 GUÉNIOT.
 LE LORIER.
 LÉVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES ONCLES

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RATHERY

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique thérapeutique

*Hommage de profond respect et de
sincère reconnaissance pour le précieux
enseignement qu'il m'a largement prodigé
et pour toutes les marques de bienveillant
intérêt qu'il n'a cessé de me témoi-
gner.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CAIN

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

*Qu'il veuille bien accepter ici un faible
témoignage de ma grande admiration, de
ma vive reconnaissance, de ma profonde
et respectueuse affection.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CLAUDE GAUTIER

Médecin de l'hôpital Laennec

Témoignage de ma respectueuse reconnaissance pour son enseignement qui me fut chaque jour si précieux et pour sa bienveillance à mon égard, durant les quinze mois où je fus son interne.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR JULIEN HUBER

Médecin de l'hôpital Ambroise-Paré

Témoignage de mon respectueux attachement et de ma grande reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours montrée.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR JEAN PARAF

Médecin des Hôpitaux

Témoignage de mon affectueux attachement et de ma gratitude.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Médecin de l'hôpital Cochin

Témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*).
M. LE PROFESSEUR RATHERY
M. LE DOCTEUR LAUNAY
M. LE DOCTEUR HALBRON

Externat :

1927. M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE
1928. M. LE DOCTEUR CHEVALLIER
1928. M. LE DOCTEUR LEVANT
1929. M. LE PROFESSEUR RATHERY
1930. M. LE DOCTEUR CAIN

Internat :

1931. M. LE DOCTEUR PARAF
1931. M. LE DOCTEUR PINARD
1932. M. LE DOCTEUR GAUTIER
1933. M. LE DOCTEUR HUBER
1934. M. LE DOCTEUR CAIN

A MM. LES DOCTEURS : JACQUES FLORAND,
PIERRE OURY, MOUZON, FROMENT

AUX DOCTEURS : PAUL et JEAN GALLOT

LA PAROTIDITE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître Cain deux cas de syphilis parotidienne revêtant deux aspects cliniques totalement différents.

Le polymorphisme des symptômes expliquant la fréquence des erreurs de diagnostic, l'efficacité du traitement antisypilitique donnent à cette question un intérêt particulier.

Nous avons voulu, dans ce travail, rassembler les faits déjà publiés dans la littérature y joignant nos observations personnelles et en tirer quelques conclusions d'ordre pratique.

La parotide peut être lésée à tous les stades de la syphilis acquise ou héréditaire ; elle se présente :

tantôt, comme une inflammation diffuse aiguë
de la glande (syphilis précoce) ;

tantôt, comme une véritable tumeur, localisée
ou diffuse (syphilis tardive) ;

Après avoir passé rapidement en revue les traits se

rapportant à l'historique de la question, nous étudierons successivement :

1^o Les parotidites au cours de la syphilis secondaire ;

2^o Les parotidites au cours de la syphilis tardive ;

3^o Les parotidites au cours de l'hérédo-syphilis ;

4^o Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du syndrome de Mikulicz ;

5^o L'évolution générale et le pronostic d'ensemble ;

6^o Les problèmes diagnostiques que soulèvent les diverses formes ;

7^o Les différents aspects anatomo-pathologiques.

HISTORIQUE

Les premières observations concernant la syphilis de la parotide remontent à fort longtemps.

Après Richter, qui en rapporte le premier cas en 1800, Rust en 1839, Virchow en 1865, Lancereaux en 1874 relatent chacun un cas de parotidite syphilitique. Viennent ensuite les observations de Lang (1884), de Beck (1885). Bien plus tard, Koschel (1897), Gutman (1906), rapportent deux observations de syndrome de Mikulicz survenant chez des syphilitiques. Gile en 1908, dans son article sur la syphilis des glandes salivaires, donne une description détaillée de la syphilis parotidienne.

Faroy (1909), dans sa thèse décrit les altérations produites par la syphilis héréditaire au niveau de la parotide et du pancréas. Ensuite, viennent les observations de Mbrestin (1911), de Gerber (1913) et la belle thèse de Vuillet écrite sous l'inspiration de Letulle (1913).

Depuis, de nombreuses observations et études portant sur la spécificité parotidienne ont été publiées tant en France qu'à l'étranger.

Nous citerons les travaux de : Haslund (1916), de De Massary et Tockmann (1918), Lemierre (1919),

Flandin et Aubin (1920), Méry, Girard et Mercier-Desrochettes (1921), Kemp et Moore (1922).

Plus récemment, Sabrazès (1923), Gigon (1926), Richter (1928), Jeanselme (1928), Lang dans le traité d'anatomie pathologique de Henke et Lubartsch (1929) enfin Chargin et Rosenthal (1931), ont relaté des observations de quelques parotidites syphilitiques.

Dans l'ensemble, nous avons pu réunir depuis 1912 40 cas de parotidite spécifique ce qui porte le nombre total des cas connus à 70.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE.

L'étude bibliographique nous a permis de rassembler environ 70 cas publiés jusqu'ici. La fréquence de la syphilis parotidienne n'est pas grande et, d'après Kemp et Moore, seulement 0,7 % des malades syphilitiques traités au John Hopkins Hospital présentaient une atteinte des glandes salivaires.

DATE D'APPARITION DES LÉSIONS.

Dans la syphilis acquise l'atteinte des parotides est plus rare à la période secondaire qu'à la période tertiaire de l'affection. Les observations que nous avons recueillies concernent des malades dont l'âge varie de 20 à 74 ans. Néanmoins, l'atteinte est de beaucoup la plus fréquente entre 20 et 45 ans (Vuillet).

Dans l'hérédo-syphilis, les altérations parotidiennes apparaissent dans la deuxième enfance et l'adolescence. A notre connaissance, il n'existe qu'un seul cas d'atteinte très précoce de la parotide au cours de l'hérédo-syphilis (cas de F. E. Lang concernant un enfant de 28 jours).

SEXE.

Les deux sexes sont également atteints dans les observations recueillies. Nous relevons 33 cas chez la femme pour 35 cas chez l'homme.

LOCALISATION.

L'atteinte parotidienne peut être uni ou bilatérale. Cette bilatéralité est assez fréquente ; nous l'avons retrouvée 23 fois sur les 40 observations publiées depuis 1913 ; elle constitue donc un élément à retenir pour le diagnostic. D'ailleurs, cette bilatéralité est conditionnée par certaines formes cliniques : elle est la règle dans le syndrome de Mikulicz syphilitique, elle est très fréquente dans les formes diffuses de la période secondaire ou tertiaire, elle est plus rare dans les formes gommeuses et pseudo-tumorales.

La parotidite syphilitique s'associe souvent à l'atteinte des autres glandes salivaires et, notamment, à celle des glandes sous-maxillaires. Signalons également, la fréquence relative de l'atteinte simultanée des glandes génitales, surtout chez l'homme (observations de Mohr, Mierzeski, Richter).

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les tableaux cliniques de la syphilis parotidienne sont assez polymorphes, en rapport avec l'âge de l'infection syphilitique, avec l'étendue plus ou moins grande des lésions parotidiennes, avec leur allure évolutive.

Nous pourrions ainsi esquisser quelques types cliniques essentiels en sachant bien qu'en pratique de nombreuses formes de passage pourront être observées.

§ A. — Parotidites au cours de la syphilis secondaire.

Elles se caractérisent avant tout par leur *allure inflammatoire*, subaiguë ou même aiguë.

Ce type n'est cependant pas le plus fréquent. Si certaines observations (Rollet, Hardy, Lang, Alexander, Stedman-Bull, Tschagin), notent une certaine tuméfaction parotidienne au cours de la syphilis secondaire, il s'agit, en général, de faits imprécis où la tuméfaction parotidienne ne représente qu'un épi-

phénomène passager. On ne peut retenir comme probantes que quelques observations anciennes de Neumann et de Vehse, et celles, plus récentes, de Girard et Tringher, de Gundorow, de Chargin et Rosenthal.

Mode de début. — Ces parotidites apparaissent au cours de la première année de la syphilis, du 2^e au 12^e mois en général. Elles peuvent coexister avec des éruptions syphilitiques secondaires à type de roséole ou avec des syphilides cutanées et muqueuses polymorphes. Dans ces cas, le cadre clinique dans lequel se situent ces parotidites subaiguës impose leur diagnostic étiologique. Leur découverte peut se faire fortuitement au cours d'un examen complet d'un syphilitique, par ailleurs, avéré. Dans d'autres cas, ces parotidites coexistent avec des manifestations syphilitiques secondaires frustes qu'il faut savoir rechercher alors que l'attention est attirée d'emblée sur les parotides.

Cette parotidite inflammatoire s'annonce par des signes fonctionnels : douleur plus ou moins vive dans la région de la glande, gêne souvent nette de la mastication et de la déglutition ; souvent, c'est une salivation abondante qui ouvre le tableau. La tuméfaction parotidienne se constitue assez rapidement : parfois, en quelques jours, le plus souvent elle n'atteint son maximum qu'au bout de deux à trois semaines. Unilatérale d'abord, elle devient en général bilatérale mais la plupart du temps la glande symétrique ne se

prend qu'au bout de quelques jours tandis que dans les oreillons, la bilatéralité est presque immédiate.

Période d'état. — L'examen des régions parotidiennes montre un gonflement généralement bilatéral et symétrique s'étendant plus ou moins loin et d'importance variable suivant les cas. Les téguments qui le recouvrent sont souvent rosés, brillants, tendus, chauds au toucher. La palpation permet de distinguer, non sans une certaine difficulté parfois, la glande au sein de l'empâtement. La parotide présente une augmentation de volume diffuse pouvant quelquefois atteindre la dimension d'une paume de main. Elle est ferme, à peine sensible. Très souvent on note des adénopathies de voisinage intéressant surtout les ganglions pré-tragiens et qui viennent accroître l'importance de la tuméfaction.

Dans cette forme subaiguë, la plus fréquente, les douleurs restent au deuxième plan mais la gêne fonctionnelle peut être importante : la mastication et la déglutition sont rendues pénibles, la parole est difficile. On constate assez souvent du trismus, la sialorrhée peut être extrêmement abondante.

A l'examen de la bouche, il est rare de noter la tuméfaction et la rougeur des orifices des canaux de Sténon. On recherchera toujours par pression soutenue et expression de la glande à faire sourdre quelques gouttes de sécrétion par ces orifices : il s'agit généralement de salive pure mais on a pu dans cer-

tains cas faire sourdre quelques gouttes de séropus (De Massary et Tockmann).

On palpera, dans tous les cas, les loges de la sous-maxillaire et de la sous-linguale à la recherche d'une tuméfaction de ces glandes (comme dans les observations de Girard et Tringher, de Heller).

Les signes généraux sont peu marqués, cependant, dans le cas de Vehse, l'on nota une température à 39°.

Evolution. — Cette parotidite subaiguë abandonnée à elle-même peut durer assez longtemps. Non traitée, elle a pu persister pendant plusieurs mois. Il est exceptionnel que l'évolution se fasse vers la suppuration et vers l'ouverture entraînant la formation d'une fistule salivaire. Par contre, on peut voir la suppuration s'installer au dépens de l'adénopathie satellite. En réalité, l'évolution est fonction du traitement anti-syphilitique lequel amènera rapidement la sédation des signes fonctionnels et la régression de la tuméfaction parotidienne. La *restitutio ad integrum* est réalisée en général au bout de un à deux mois.

Formes cliniques. — Si, dans les cas typiques, il s'agit d'une parotidite subaiguë à envahissement progressif, à bilatéralisation décalée, à phénomènes douloureux très atténués, à laquelle l'allure un peu traînante confère un cachet spécial qui la différencie de la parotidite ourlienne, il existe d'autres cas dont l'allure clinique est véritablement aiguë, fébrile, dou-

loureuse, en rapport avec l'importance des phénomènes inflammatoires péri-glandulaires et ganglionnaires, l'atteinte de la glande elle-même n'étant que très partiellement responsable de l'acuité du tableau.

Dans tous les cas, le pivot du diagnostic reste la constatation des signes de syphilis secondaire et le résultat, positif à cette période, des réactions sérologiques.

§ B. — **Parotidites au cours de la syphilis tardive.**

Aux périodes éloignées du début de la syphilis les lésions parotidiennes prennent une allure assez particulière.

tantôt il s'agit d'atteinte glandulaire diffuse et généralement bilatérale,

tantôt d'une atteinte localisée à une partie d'une seule glande présentant un aspect véritablement tumoral.

a) **PAROTIDITE TARDIVE DIFFUSE.**

Cet aspect se trouve réalisé dans les observations de Symmers, dans celles plus récentes de : Flandin et Aubin, de Lemierre, de Mohr, de Richter, de Semon.

Dans ces formes, seule la tuméfaction de la parotide attire l'attention. En effet, cette augmentation progressive de la glande ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel, n'est annoncée par aucune dou-

leur, et, à plus forte raison, par aucun signe général.

C'est l'augmentation progressive, insidieuse, lente des deux glandes qui résume tout le tableau clinique. A l'inspection, la tuméfaction peut être suffisamment importante pour réaliser un aspect piriforme du visage avec déjettement des pavillons des oreilles ; généralement, elle est modérée, égale pour les deux parotides, parfois cependant prédominante d'un côté (observation de Lemierre).

A la palpation, la glande est augmentée dans toute sa masse, elle est ferme, parfois dure et ligneuse mais régulière, d'aspect lobulé, jamais bosselée. Ses contours sont précis et on peut suivre dans certains cas le prolongement antérieur massétérin accompagnant le canal de Sténon. On peut atteindre aussi par le toucher buccal la tuméfaction du prolongement pharyngien (Vuillet). La palpation de la parotide ne provoque aucune douleur. Les téguments qui recouvrent la glande sont d'aspect normal, souples et non adhérents à la profondeur. Il n'y a pas d'adénopathie satellite.

Les signes fonctionnels sont nuls. Pas de trismus, pas de gêne de la parole ou de la mastication. On ne note pas de sialorrhée importante comme dans la forme subaiguë. L'examen des autres glandes salivaires peut montrer l'existence d'une tuméfaction du même type surtout au niveau des glandes sous-maxillaires (cas de Mohr, cas de Mierzeski où il s'y ajoute une tuméfaction du testicule gauche) .

Evolution. — Cette parotidite diffuse, tertiaire, d'allure torpide se montre plus rebelle au traitement anti-syphilitique, mettant plusieurs mois à guérir. Dans certains cas la guérison n'est obtenue qu'au prix d'une atrophie secondaire de la glande. Au cours de l'évolution spontanée de cette parotidite, le tableau clinique peut être modifié par l'apparition en un point de la glande d'un noyau circonscrit en rapport avec un processus gommeux, notion intéressante pour le diagnostic dans certains cas où l'étiologie reste douteuse.

*b) FORMES LOCALISÉES DES PAROTIDITES
SYPHILITIQUES TARDIVES.*

Ce sont les formes où le processus syphilitique tertiaire revêt un caractère tumoral. Cette tuméfaction syphilitique peut garder un caractère limité, circonscrit, évoquant l'idée d'une tumeur bénigne de la parotide. Dans d'autres cas la masse sera mal limitée et d'un volume insolite réalisant un aspect voisin de celui que présentent les tumeurs malignes de la parotide. Ce sont les formes les plus intéressantes par leur fréquence relative. Leur connaissance évitera de porter à tort un pronostic sévère et permettra d'éviter une intervention chirurgicale injustifiée.

1° *Nodosité limitée revêtant l'aspect d'une tumeur bénigne.*

C'est la gomme de la parotide souvent caractéristique. Son développement est lent ; il s'agit d'une petite nodosité constatée fortuitement dans une parotide, s'accroissant lentement et insidieusement.

A la période d'état, il s'agit d'une tuméfaction limitée de volume variable pouvant aller du volume d'une noisette à celui d'une pomme, généralement arrondie, n'épousant pas la forme de la glande, de consistance dure, indolore à la pression, faisant corps avec la glande mais légèrement mobilisable avec le corps glandulaire tout entier sur les plans profonds. Elle n'adhère notamment pas au masséter ni à la branche montante du maxillaire. La peau, normale au début, peut finir par adhérer à la gomme à une période plus avancée et présenter une coloration violacée. Le toucher buccal ne montre rien d'anormal au niveau du prolongement pharyngien.

Dans cette forme gommeuse les ganglions voisins eux-mêmes peuvent être augmentés de volume ou présenter même un aspect gommeux. Quant à la gêne fonctionnelle elle est en rapport avec l'importance de la tuméfaction.

Si le diagnostic de syphilis a été posé, le traitement anti-syphilitique aboutit facilement à la résorption de la gomme. En l'absence du traitement, on a vu certaines gommes se ramollir, devenir fluctuantes en un point et, suivant l'importance des phénomènes

inflammatoires associés, revêtir un aspect d'abcès froid tuberculeux ou bien conduire à l'incision (Haslund). Dans d'autres cas la gomme aboutit spontanément à l'ulcération (cas personnel, cas de Richter) ou elle peut donner une fistule salivaire (Lang, Benedikt).

2° Tuméfaction irrégulière pseudo-néoplasique.

Cette forme peut débiter comme une nodosité limitée qui augmente, atteint des dimensions importantes et simule une tumeur maligne de la parotide.

La tuméfaction de la glande détermine une saillie visible, généralement irrégulière, ne ressemblant en rien à la forme habituelle de la glande. La palpation de la parotide montre l'existence d'une tuméfaction, de consistance ligneuse, irrégulière et même bosselée. Ses limites sont imprécises. Elle comble la fosse parotidienne, la débordant pour se perdre insensiblement vers la région mastoïdienne et masséterine, coulant plus ou moins bas vers le cou. Elle adhère aux plans profonds ; la peau qui la recouvre peut être partiellement adhérente. Cette tumeur, souvent énorme, irrégulière d'aspect et imprécise dans ses limites, évoque d'autant plus l'idée de néoplasie maligne de la parotide qu'elle peut s'accompagner d'adénopathies prétragiennes ou sous-angulo-maxillaire et même s'associer à une paralysie faciale périphérique (Lemierre, Kemp et Moore). Par contre, les douleurs spontanées, habituelles dans le cancer, sont

généralement absentes dans le syphilome. On recherchera aussi avec la plus grande minutie par le palper attentif de chaque point de la glande l'existence d'une bosselure arrondie de caractère gommeux, surtout si cette zone est rénitente ou fluctuante ou si la peau est adhérente en ce point. L'association d'une pareille lésion constitue un appoint considérable pour le diagnostic de syphilis de la parotide. On évitera ainsi une intervention chirurgicale pour le moins inutile comme dans une de nos observations.

c) CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES PAROTIDITES
SYPHILITIQUES TARDIVES.

Nous venons d'opposer des types cliniques définis. La réalité clinique est plus complexe. Il faut insister sur le polymorphisme de l'affection, sur l'intrication possible des formes précédemment décrites.

Les plus typiques sont les formes gommeuses, qu'il s'agisse de gommes uniques ou multiples, qu'une seule parotide ou les deux soient intéressées. On comprend donc l'intérêt de rechercher aussi bien dans la parotidite diffuse interstitielle que dans la forme pseudo-néoplasique l'existence d'une tuméfaction localisée de caractère gommeux. On n'oubliera jamais dans les cas de tumeur parotidienne unilatérale, qu'elle soit limitée ou pseudo-néoplasique, de palper l'autre parotide qu'on pourra trouver altérée. On la trouvera quelquefois légèrement augmentée de volume, plus ferme que normalement. Dans

d'autres cas une petite gomme de ce côté-ci qui avait passé inaperçue mettra sur la voie du diagnostic.

Toutes ces formes de parotidite tardive présentent quelques caractères communs :

- leur apparition à une période tardive de la syphilis (2 à 10 ans après le chancre) ;
- leur début insidieux, torpide, sans signes fonctionnels ni altération de l'état général. Exceptionnellement, quelques phénomènes inflammatoires passagers peuvent exister au début mais disparaissent par la suite (Flan-din et Aubin) ;
- à la période d'état, leur allure froide sans phénomènes inflammatoires, sans douleurs ni trismus. La sécrétion salivaire est parfois altérée : exagérée ou, au contraire, diminuée.

Le diagnostic de syphilis de la parotide sera fait par les caractères propres de l'altération parotidienne. Nous avons vu que certains signes étaient trompeurs car ils peuvent faire penser à une tumeur bénigne ou maligne de la parotide. Nous avons noté l'utilité que présente pour le diagnostic l'existence éventuelle d'une formation gommeuse ramollie ou bien la bilatéralité des lésions.

En réalité, le diagnostic sera fait par la constatation de signes de syphilis chez le sujet. Celle ci est avérée dans beaucoup de cas. A défaut d'aveu du malade c'est à l'examen clinique complet qu'il faut

demander la preuve de la syphilis : l'existence de cicatrices cutanées, la coexistence de gommes sous-cutanées, musculaires ou osseuses ont pu faire poser le diagnostic. On recherchera l'existence d'autres stigmates de syphilis (leucoplasies, aortite, signes neurologiques), on complètera l'examen clinique par les recherches humorales. On se rappellera que, comme dans toute syphilis tertiaire, le caractère négatif de la réaction de Wassermann ne permet pas d'éliminer l'étiologie syphilitique de la parotidite. En dernier lieu, on essayera un traitement d'épreuve anti-syphilitique lequel par son action rapidement favorable sur les lésions donnera la preuve de la nature syphilitique de l'affection (cas de Lemierre, de Flandin, de Richter). Ce traitement peut réussir à guérir des lésions parotidiennes étendues cependant il peut rester comme séquelle une atrophie parotidienne partielle ou totale. Pour terminer, notons encore le cadre spécial dans lequel se situent quelquefois ces manifestations syphilitiques parotidiennes. La syphilis peut en effet atteindre d'une façon élective l'ensemble des glandes salivaires à l'exclusion des autres viscères (obs. de Mohr, de Gile) ou toucher en même temps les testicules (autres obs. de Mohr, de Mierzeski), plus rarement les ovaires (Richter), ces dernières localisations mettant en question la parenté éventuelle des glandes salivaires et des glandes sexuelles.

§ C. — **Syndrome de Mikulicz d'origine syphilitique.**

Dans la conception de son auteur, la maladie de Mikulicz était une affection autonome, spécifique quoique d'étiologie inconnue, caractérisée anatomiquement par une granulomatose des glandes salivaires et lacrymales se traduisant en clinique par une tuméfaction chronique de ces glandes, et s'accompagnant d'un arrêt de leur sécrétion.

A l'heure actuelle, cette conception s'est trouvée modifiée et l'on admet qu'il s'agit, en réalité, d'un syndrome relevant d'étiologies diverses.

Des cas de syndrome de Mikulicz d'origine syphilitique ont été relatés par Osler, par de Lapersonne, par Gutmann et surtout, ces dernières années par de Massary et Tockmann, par Sabrazès, par Méry, Girard et Mercier-Desrochettes, par Jeanselme, Huet et Mlle Desbrousse. Il s'agissait dans certains cas de syndrome de Mikulicz relevant d'une syphilis tertiaire (De Massary, Sabrazès et Jeanselme), dans d'autres cas de syndrome de Mikulicz dû à une syphilis héréditaire (Méry, Osler),

Il ressort donc la nécessité de rechercher désormais en présence d'un cas de syndrome de Mikulicz, son étiologie syphilitique possible et d'en faire la preuve par un examen clinique et biologique complet du malade ou, en dernier lieu, par l'institution d'un traitement d'épreuve.

§ D. — **Parotidites relevant de la syphilis
héréditaire.**

Nous abordons ici des faits disparates et encore moins fréquents.

Dans certains cas on constate à l'autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né hérédosyphilitique des altérations histologiques spécifiques (cas de Faroy, de Koschel, de Erler, de Cassel, de Haslund, de F. C. Lang).

Dans d'autres cas il sera donné d'observer en clinique des parotidites hérédosyphilitiques tardives chez un grand enfant ou un adolescent.

Ces dernières ressemblent cliniquement aux parotidites tertiaires de l'adulte et revêtent plus volontiers deux aspects :

- celui du syndrome de Mikulicz d'origine hérédosyphilitique (obs. de Osler, de Méry).
- ou bien le type gommeux (obs. de Haslund, de Garrahan, de Mohr).

Ces formations gommeuses peuvent être isolées ou accompagnées de manifestations similaires dans les autres glandes salivaires (Mohr); elles peuvent se ramollir ou s'ulcérer (Haslund).

Il est exceptionnel de noter des formes interstitielles diffuses ou des formes pseudo-néoplasiques. Ici, comme chez l'adulte, en présence de telles manifestations il faut savoir penser à une origine syphiliti-

que possible et étayer ce diagnostic étiologique par la recherche systématique des antécédents familiaux, des stigmates et par les examens de laboratoire.

§ E. — Evolution générale et pronostic.

Nous avons déjà envisagé chemin faisant l'évolution de chaque forme particulière de la maladie. Un aperçu d'ensemble permet de dégager la notion fondamentale du *bon pronostic* de la syphilis parotidienne.

Non traitée, elle expose à peu de dangers. Les parotidites inflammatoires de la période secondaire peuvent rétrocéder spontanément. Les parotidites de la période tertiaire n'évoluent que rarement vers le ramollissement et l'ulcération ou vers la formation d'une fistule salivaire persistante. Une évolution possible est celle vers l'atrophie consécutive de la glande ou vers l'extension des lésions aux glandes lacrymales réalisant le syndrome de Mikulicz.

Nous ne ferons que citer le cas de Zagari concernant une femme atteinte d'atrophie syphilitique des glandes salivaires se terminant par un tableau de cachexie que l'auteur attribue à la suppression des fonctions de la glande parotide.

Traitée, la syphilis parotidienne réagit favorablement. Plus rapidement dans les formes secondaires que dans les formes tardives, plus nettement dans les formes gommeuses que dans les formes interstitielles et pseudo-tumorales.

Cette notion du pronostic favorable de la parotidite syphilitique représente une raison de plus pour nous inciter à y penser plus souvent et de tâcher d'en faire la preuve.

§ F. — Diagnostic.

La syphilis de la parotide est une affection rare. Par ailleurs, la multiplicité et le polymorphisme de ses aspects cliniques, réalisant des tableaux très différents qui simulent de nombreuses autres affections, en rendent le diagnostic souvent malaisé.

Ce diagnostic est facile dans certains cas bien déterminés où l'atteinte parotidienne ne constitue qu'un symptôme coexistant avec des signes évidents de syphilis évolutive. Mais dans d'autres cas, les signes de syphilis sont frustes ou peuvent manquer, l'atteinte parotidienne paraissant évoluer pour son propre compte. Dans ces cas, il faut savoir penser à la syphilis après avoir éliminé les autres causes plus fréquentes de parotidite, mettre tout en œuvre pour la dépister. L'intérêt de ce diagnostic est capital, car on aura la satisfaction d'amener une guérison assez rapide par un traitement bien conduit et on pourra éviter au malade dans nombre de cas une intervention chirurgicale inutile et non exempte d'inconvénients.

Il ne faut cependant pas se dissimuler que le diagnostic n'est pas toujours posé à temps et que, dans bon nombre de cas, ce n'est qu'au bout d'une évolution relativement longue et après l'insuccès des dif-

férentes thérapeutiques employées qu'on est amené à penser par élimination à la syphilis comme nous le relatons dans une de nos observations personnelles. Nous serions heureux si, en attirant de nouveau l'attention sur l'existence de cette localisation rare de la syphilis nous pouvions contribuer à faire penser à cette étiologie devant certaines parotidites de cause non déterminée.

Nous allons envisager successivement les différents problèmes diagnostiques qui se posent à propos de chaque forme de syphilis de la parotide.

Le diagnostic différentiel ne sera discuté que lorsque la syphilis du sujet n'est pas évidente. Néanmoins, chez un syphilitique avéré on peut également rencontrer des tuméfactions parotidiennes de nature différente. Cela va de soi.

Dans la *syphilis parotidienne précoce* il faut discuter le diagnostic des parotidites aiguës et subaiguës. On aura à éliminer d'abord les autres affections inflammatoires de la région parotidienne, n'intéressant pas la glande elle-même : furoncle, anthrax, arthrite temporo maxillaire, et surtout l'adéno-phlegmon parotidien. Mais n'oublions pas que dans certains cas la parotidite syphilitique peut s'accompagner de réaction ganglionnaire et péri ganglionnaire de voisinage, suppurée quelquefois.

On éliminera facilement les parotidites aiguës des affections graves : typhoïde, septicémies, spirochétose, survenant au milieu d'un tableau général sévère.

Dans les formes subaiguës, le diagnostic porté le plus souvent est celui d'oreillons. Dans le cas de Massary, la coexistence d'une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien a pu rendre plus plausible encore le diagnostic d'oreillons. En réalité, de nombreuses différences séparent les deux affections. En faveur des oreillons militeront : l'âge relativement plus jeune, le début plus rapide, la bilatéralité presque d'emblée, la rougeur du canal de Sténon, la sécheresse de la bouche s'opposant à la sialorrhée abondante signalée dans les observations de parotidite syphilitique, les douleurs plus fréquentes, la mononucléose sanguine, la tendance rapidement résolutive, toute la maladie ayant évolué en deux semaines environ. Le diagnostic d'oreillons sera renforcé dans certains cas par la coexistence d'une localisation orchitique. Celle-ci n'a jamais été signalée au cours des parotidites inflammatoires syphilitiques et c'est seulement à la période tertiaire que des gommes testiculaires peuvent accompagner de gommes parotidiennes.

Chez un syphilitique en cours de traitement mercuriel ou bismuthique, l'apparition d'une parotidite soulève un problème délicat et d'un intérêt pratique considérable. Il peut, en effet, s'agir non pas d'une parotidite syphilitique, mais d'une parotidite toxique médicamenteuse. Cette dernière est alors consécutive à une stomatite ulcéro-nécrotique avec laquelle elle peut coexister et commande l'arrêt du traitement mis en jeu.

Enfin, la notion du « biotropisme », spécifique ou non, peut encore compliquer le problème.

Dans les *parotidites syphilitiques tardives* à forme interstitielle et diffuse il s'agit de reconnaître la nature syphilitique d'une parotidite chronique bilatérale. C'est essentiellement le diagnostic des parotidites toxiques. Il faudra donc éliminer les parotidites urémiques d'abord, les parotidites mercurielle, saturnine, iodique, cuprique ensuite, en se basant sur l'anamnèse et sur la coexistence de signes propres à chacune de ces intoxications. Plus rarement, les parotidites en rapport avec une affection du sang ou une affection dyspeptique ou cachectique seront à écarter.

Les diagnostics les plus ardues et les plus intéressants se posent à propos des formes localisées.

Selon l'aspect que revêt cette forme localisée de la syphilis on aura à discuter des diagnostics différents.

S'il s'agit d'une *nodosité limitée* de la région parotidienne, plus ou moins arrondie, plus ou moins dure, plus ou moins libre ou adhérente aux plans profonds et à la peau, on peut penser à :

- une adénite chronique superficielle ou profonde ;
- un lipome ou un fibrome sous-cutané ;
- un kyste sébacé, branchial ou salivaire ;
- un anévrysme non battant de la carotide externe ;

— surtout une *tumeur mixte de la parotide* à son début à laquelle on pense tout d'abord à cause de sa plus grande fréquence.

C'est l'étude des caractères objectifs de la nodosité, de ses rapports précis avec la parotide et les tissus voisins qui permettra de poser un diagnostic juste. Cependant le diagnostic entre une gomme parotidienne et une tumeur mixte à son début peut être extrêmement difficile.

En faveur de la tumeur mixte on notera l'extrême lenteur de son évolution, l'absence constante de tout signe fonctionnel alors que la gomme a, tout de même, une évolution plus rapide pouvant présenter des modifications appréciables de son volume au bout de quelques mois seulement. En réalité, il faut toujours penser à la gomme et rechercher les signes associés de syphilis. Si le diagnostic de syphilis gommeuse a été porté encore faut-il savoir distinguer la gomme parotidienne de la gomme du masséter, plus antérieure et solidaire avec les mouvements du muscle masséter.

S'il s'agit d'une *grosse masse irrégulière* bosselée de la région parotidienne, deux cas peuvent se présenter :

1^o Tantôt cette masse ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel et semble évoluer très lentement. Elle évoque, alors, l'idée d'une tumeur mixte de la parotide à la période d'état. Ce ne sont pas toujours les caractères physiques qui peuvent aider à faire le

diagnostic différentiel. La tumeur mixte de la parotide à la période d'état est caractérisée par l'association de zones de consistance différente, ici, dures comme du cartilage ou comme de l'os, là, au contraire, rénitentes ou même fluctuantes. Mais nous avons vu que la syphilis pseudo-tumorale de la parotide — masse dure, irrégulière, bosselée — peut présenter en un certain point des zones ramollies en rapport avec un processus gommeux.

Là encore, c'est l'évolution relativement plus rapide qui plaidera en faveur de la syphilis, laquelle ne sera affirmée que par la coexistence de signes de cette maladie, par l'effet d'un traitement anti-syphilitique d'épreuve, enfin par la biopsie d'un fragment de la tumeur qu'on n'oubliera pas de faire avant de décider une intervention.

2° Tantôt il s'agit d'une masse d'accroissement rapide et s'accompagnant de signes fonctionnels (douleur, gêne de la mastication, de la déglutition, de la phonation). Là, l'idée de néoplasme de la parotide vient à l'esprit, qu'il s'agisse d'épithélioma ou de sarcome. La syphilis pseudo-néoplasique peut d'autant plus simuler le cancer que, dans certains cas, elle s'accompagne de paralysie faciale (cas de Lemierre), l'apparition de cette paralysie étant le signe majeur de malignité lorsqu'il s'agit d'une tumeur de la parotide. L'existence d'adénopathies satellites, d'envahissement ou d'inflammation de la peau ou même de son ulcération a pu être constatée aussi bien dans les cas de syphilis que dans ceux de cancer. Cependant

trois caractères méritent d'être retenus en faveur de la syphilis : c'est la *modération des signes fonctionnels* s'opposant à l'intensité des phénomènes douloureux du cancer ; c'est la *conservation de l'état général* s'opposant à son altération marquée dans les néoplasies ; c'est enfin la *relative lenteur d'accroissement* de la pseudo-tumeur syphilitique contrastant avec l'évolution rapide de la tumeur maligne de la glande. Dans ce cas encore, avant de poser le diagnostic de cancer de la parotide avec le pronostic qu'il comporte, il faut penser à la possibilité de syphilis de la parotide et tâcher d'en faire la preuve.

Restent encore deux diagnostics exceptionnels :

a) La tuberculose de la parotide, bien plus rare que la syphilis ;

b) L'actinomycose parotidienne. Cette dernière sera reconnue par l'envahissement ligneux de la peau, par l'existence de nombreuses fistules, par la présence d'un pus à grains jaunes dans lequel on mettra en évidence le parasite.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les constatations anatomo-pathologiques sont relativement rares. Elles ont été faites par l'examen des parotides prélevées à l'autopsie d'un nouveau-né hérédosyphilitique, par l'étude des fragments obtenus par biopsie de la parotide chez l'adulte.

LÉSIONS DE LA PAROTIDE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

Nous nous reporterons surtout à l'excellente thèse de Faroy et à la description anatomique du cas de F.-E. Lang dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Hencke et Lubartsch.

Examen macroscopique. — La glande peut conserver son aspect, son volume et son poids normaux; parfois, au contraire, elle est augmentée de volume et indurée. La coupe de la glande montre souvent un dessin lobulaire plus nettement perceptible qu'à l'état

normal. Sa couleur, normale d'habitude, peut dans certains cas être légèrement violacée à cause d'un certain degré de congestion de l'organe.

Examen microscopique. — Une vue d'ensemble de la coupe met en évidence immédiatement l'*hyperplasie parfois considérable du tissu conjonctif*.

Ce tissu interstitiel abondant épaissit les cloisons inter-lobulaires jusqu'à les rendre aussi larges que les lobules eux-mêmes. Il pénètre d'autre part dans le sein même des lobules glandulaires en les morcelant en petits îlots où persistent des éléments cellulaires glandulaires. L'architecture de la glande se trouve ainsi profondément remaniée. L'examen des différents endroits de la coupe permet de suivre cette prolifération progressive du tissu interstitiel. La plaque fibreuse semble débiter au hile de chaque lobule au niveau où aboutissent les vaisseaux et naissent les canaux excréteurs. De là elle pénètre dans les lobules et envoie en rayonnant autour d'elle des travées conjonctives qui réalisent une subdivision irrégulière du lobe.

On voit plus tard ces cloisons fibreuses rejoindre à la périphérie le tissu conjonctif péri-lobulaire et parachever ainsi le morcellement de la glande.

A un plus fort grossissement, l'étude de ce tissu conjonctif néo-formé montre sa richesse en cellules. Il s'agit d'un *tissu conjonctif jeune* qui présente une disposition remarquablement péri-vasculaire. Les cellules qui parsèment ce tissu interstitiel se groupent

parfois en petits foyers où domine l'élément lymphocytaire et plasmocytaire.

Le tissu glandulaire morcelé par sclérose présente des altérations plus au moins marquées, les cellules ayant des contours irréguliers et flous, les noyaux à peine teintés et invisibles. Dans d'autres endroits, les cellules gardent un aspect normal mais se disposent sans ordre en amas au centre de la petite capsule que leur forme le tissu conjonctif.

Les canaux excréteurs ne présentent que des lésions minimales mais se trouvent encerclés par la prolifération conjonctive.

Les vaisseaux présentent un épaissement de leur paroi qui se continue avec la densification du tissu conjonctif péri-artériel. Ces vaisseaux se montrent atteints d'endo-artérite et d'endo-phlébite oblitérante. Dans certains cas on peut constater des lésions *hémorragiques* : non seulement dilatation extrême des capillaires gorgés de sang mais encore rupture en certains points et production d'hémorragies diffuses de petites dimensions. On ne constate pas dans la parotidite hérédito-syphilitique des formations gommeuses.

La recherche des *tréponèmes* par la coloration de Levaditi a permis de les retrouver dans les cas de Faroy où ils se localisaient dans le tissu lymphoïde : ils ont été absents dans le cas de Lang.

LÉSIONS DE LA PAROTIDE AU COURS DE
LA SYPHILIS ACQUISE.

Nous n'avons pas de documents anatomiques sur les parotidites inflammatoires de la période secondaire. Par contre, plusieurs observations fournissent des renseignements anatomiques concernant les parotidites syphilitiques tardives. Elles montrent que cette atteinte est polymorphe : elle réalise tantôt un processus d'inflammation chronique interstitielle, tantôt une néo-formation gommeuse. L'altération atteint parfois presque exclusivement le tissu conjonctif en respectant le parenchyme glandulaire normal : ailleurs, à côté de l'altération du tissu inter-acineux on note l'envahissement des acinis glandulaires. Les lésions associées des vaisseaux, l'existence d'infiltrats subaigus lympho-plasmocytaires s'associant aux lésions prolifératives du tissu conjonctif et au processus gommeux, ne laissent pas de doute sur l'étiologie syphilitique de ces lésions. Contrairement à ce qu'a constaté Faroy chez le fœtus on n'a jamais pu mettre en évidence l'existence du tréponème dans ces lésions tardives.

Le premier document anatomique concernant la parotidite syphilitique est donné par Grawitz dont nous résumons l'observation :

La coupe présente au centre un noyau caséeux de couleur jaune vif, entouré d'une zone de tissu gri-

sâtre, translucide, de consistance molle se confondant insensiblement à la périphérie avec les tissus environnants. Dans le reste de la glande on distingue des îlots de parenchyme glandulaire et du tissu fibreux. A l'examen microscopique, la partie caséeuse est formée de détritrus cellulaires où l'on reconnaît des noyaux conglomérés. Il y a en outre un grand nombre de petits vaisseaux les uns vides et affaissés, les autres remplis d'un pigment rouge-brun disséminé sous forme de granulations ou constituant des masses irrégulières. En se rapprochant de la substance grise on retrouve des éléments cellulaires mieux conservés mais encore ratatinés, déformés, à noyaux anguleux et picnotiques. La couche grise est constituée par un tissu de granulation formé par des éléments conjonctifs abondants et des cellules rondes. Il est riche en vaisseaux gorgés de sang et entourés d'un tissu conjonctif bien développé. Ce tissu de granulation se continue insensiblement dans le parenchyme de la glande sous forme de traînées cellulaires que l'on retrouve encore loin au niveau des cloisons conjonctives, dans le tissu interstitiel des lobules et autour des conduits excréteurs.

Dans l'observation de Mandowsky, on retrouve une description analogue. Il existe un tissu de granulation formant une masse compacte dans laquelle on distingue des îlots de cellules déformées ; ailleurs, des éléments ayant subi la dégénérescence graisseuse ; ailleurs, quelques cellules géantes. Cette observation est remarquable par la coexistence en certains points

de la coupe d'un tissu fibreux que traversent des vaisseaux à parois altérées. L'épaississement des parois vasculaires est tel qu'en certains points la lumière se trouve réduite à l'état d'une fente : sclérose et infiltration cellulaire subaiguë étranglent le parenchyme glandulaire en îlots de plus en plus isolés. A la périphérie de la glande on retrouve des altérations des ganglions lymphatiques qui ont subi une infiltration gommeuse.

Dans l'observation de Heller on constate l'apparition d'une inflammation du tissu conjonctif de la glande avec réaction lympho-plasmocytaire à disposition péri-vasculaire et à cellules géantes démontrant ainsi la nature syphilitique de l'inflammation. Il n'y a aucune altération des cellules glandulaires.

La biopsie de la parotide examinée par Letulle et Vuillet montra des lésions intéressantes.

L'origine salivaire du fragment prélevé était démontrée par la persistance sur les bords de la coupe d'un tissu remarquable par sa disposition multilobulée. La glande semblait profondément atteinte par des lésions destructives constituées par de larges placards de *nécrose fibrinoïde* au niveau desquels la presque totalité des tissus et des éléments constituant l'organe avait subi une mortification profonde : il s'agissait de zones se colorant violemment en rouge vineux par l'éosine ; on pouvait y reconnaître des dispositions morphologiques assez précises pour permettre d'y retrouver certains éléments ou même

certaines organes fondamentaux. L'architecture générale de ce tissu mortifié étant conservée, on pouvait reconnaître le dessin multilobulé des acinis glandulaires, mais dont l'épithélium avait subi une dégénérescence hyaline ou fibrinoïde. On pouvait reconnaître les vaisseaux sanguins artériels ou veineux touchés également dans tous leurs éléments par la même nécrose fibrinoïde. Des masses fibrinoïdes bouchaient par endroits la lumière des artères et des veines. Cependant on pouvait encore distinguer, surtout autour des veines, l'existence de leucocytes bien colorés ou déjà en voie de mortification. Il semblait donc qu'une thrombophlébite ait précédé la mortification.

Sur la bordure des masses gommeuses en question on retrouvait un tissu cellulaire très lâche, œdématié, présentant quelques rares éléments cellulaires représentés surtout par des lymphocytes et des mononucléaires. Dans d'autres points, la périphérie des placards gommeux est constituée par un tissu fibreux formant une gangue interstitielle qui dissocie les acinis et les canaux excréteurs. C'est un tissu conjonctif jeune, riche par endroits en lymphocytes. Sur les confins de la nécrose fibrinoïde on surprend la mortification en train de s'étendre au tissu conjonctif et aux éléments glandulaires. C'est aux mêmes endroits que l'on constate, au contact même de l'îlot nécrobiotique fibrinoïde, une ou plusieurs cellules géantes.

Souvent même, des petits blocs mortifiés s'entourent

de quelques cellules conjonctives mises en désordre, parsemées d'éléments mononucléaires et contenant quelques cellules géantes formant ainsi de véritables follicules gommeux syphilitiques. Plus loin encore, la prolifération interstitielle fibroblastique et lymphocytaire est extrêmement abondante, dissociant, écrasant, effaçant le tissu glandulaire. Dans d'autres points où domine le tissu fibreux on constate encore des îlots de leucocytes mononucléaires groupés autour des vaisseaux capillaires et des veinules. On retrouve à ce niveau des lésions vasculaires importantes touchant surtout les veines dont la paroi externe est très épaissie, la tunique moyenne dissociée et la lumière comblée par suite d'une endophlébite oblitérante et végétante. L'endophlébite s'accompagne par places d'un processus gommeux.

L'observation de Vuillet montre donc des lésions de parotidite chronique syphilitique essentiellement caractérisées par la formation d'îlots de nécrose fibrinoïde (gommes diffuses), associés à une parotidite insulaire interstitielle spécifique.

La biopsie du cas de Richter montra un tissu glandulaire scléreux, présentant par endroits des signes de prolifération épithéliale inflammatoire avoisinant avec des foyers interstitiels constitués par des cellules épithélioïdes, des cellules conjonctives, des lymphocytes et surtout des plasmocytes.

Dans une des deux observations que nous produisons (forme pseudo-néoplasique), voici quelles lésions nous avons pu noter : A l'examen macroscopique il

s'agissait d'une tumeur dure, adhérent par sa face profonde, sans limites nettes. On séparait difficilement la parotide du tissu fibreux qui l'entourait.

A la coupe : tumeur blanchâtre, dure dans son ensemble, avec des points plus ou moins consistants sans ramollissement appréciable. Pas d'hémorragies interstitielles. De place en place, des îlots glandulaires sont reconnaissables à la disposition de leur stroma conjonctif. Des coupes pratiquées en des points multiples montrent que la glande est réduite à des îlots très morcelés, divisés par le tissu fibreux au sein duquel on reconnaît les acinis glandulaires, de taille variable, mais sans altérations appréciables. Les îlots glandulaires sont plus ou moins denses, quelquefois réduits à quelques éléments acineux. La nappe fibreuse n'est pas homogène. Grandes zones de tissu fibreux adulte fait de nappes de collagène très pauvre en éléments cellulaires, voisinant avec des zones où il y a du tissu conjonctif jeune, fibroblastique dans lequel on rencontre des amas ou des traînées plus ou moins denses de cellules lymphoïdes et plasmiques. Les vaisseaux pris dans la masse de la tumeur sont profondément altérés : endo-artérite et endophlébite. Le plus souvent c'est de la capillarite avec des manchons d'infiltration lymphoplasmatique et de petites artérites à tous les stades. Prolifération de l'endartère avec tendance oblitérante marquée. Nécrose des couches périphériques (adventice, périartère) infiltration lymphoplasmatique, microgommes ; voici les principales lésions

rencontrées au niveau des artères : certaines artères sont perméables d'autres ne le sont pas. En certains points il subsiste une zone d'homogénéisation par dégénérescence vitreuse qui marque la trace de l'artériole.



EXPLICATION DE LA PLANCHE

La coupe intéresse un îlot de tissu glandulaire réduit et morcelé par la sclérose. Celle-ci est faite de tissu fibreux adulte pauvre en cellules. Sur le dessin sont groupés au milieu de ce tissu fibreux plusieurs vaisseaux profondément altérés.

En haut : artère presque complètement oblitérée dont la lumière se réduit à une mince fente et à la périphérie de laquelle s'est développée un large capillaire de nouvelle formation.

Au milieu : on aperçoit des vaisseaux dont la trace est marquée par une artériole en dégénérescence vitreuse.

En bas : autour d'une petite artériole s'est constitué un épais manchon de cellules lymphoplasmatiques en infiltration diffuse ou nodulaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Elle concerne une femme de 35 ans qui entre dans le Service au mois de juin 1934 pour une tuméfaction chaude au niveau de la branche montante du maxillaire du côté droit, apparue de façon très insidieuse. La malade ne s'en plaint que depuis une quinzaine de jours. A l'examen, il est facile de se rendre compte qu'il s'agit d'une tuméfaction de la glande parotide elle-même. La glande est augmentée de volume dans sa totalité, douloureuse au palper, dure dans son ensemble, mais présentant par endroits des zones ramollies, voire même franchement fluctuantes. Sa mobilité sur les plans profonds est à peu près nulle. La peau qui la recouvre est œdématiée, chaude, rosée, adhérent légèrement en certains points. L'examen de la bouche ne montre rien d'anormal, ni au niveau de la muqueuse ni au niveau des amygdales. L'orifice du canal de Stenon présente un aspect normal. Il n'y a aucune adénopathie. Il n'y a pas d'otite, pas d'ostéite. L'articulation temporo-maxillaire est libre. L'autre parotide, ainsi que les glandes sous-maxillaires et sublinguales sont normales. Les signes fonctionnels sont très peu marqués : il n'y a pas de douleurs, tout au plus la malade se plaint-elle d'une

certaine sécheresse de la bouche. L'état général est excellent, tout au plus note-t-on une fièvre à 38°. L'examen clinique de la malade ne montre rien de particulier.

Dans les antécédents on note deux fausses couches. D'ailleurs la malade avoue avoir contracté la syphilis à l'âge de 22 ans, mais elle s'est à peine fait soigner. La réaction de B.-W. dans le sang est fortement positive.

Dans les jours qui ont suivi l'entrée de la malade est apparue une ulcération au niveau d'un point fluctuant, à bords violacés, décollés et présentant un aspect pseudo-tuberculeux.

On prélève un petit fragment sur le bord de l'ulcération. L'examen histologique montre : quelques éléments glandulaires normaux avec nécrose superficielle, de la sclérose jeune avec infiltration lymphoplasmatique et des lésions de vascularite. Dès lors le diagnostic de parotidite syphilitique est posé et un traitement par des injections intra-veineuses de norvarsénobenzol est institué. Au bout de quelques injections seulement, la tuméfaction parotidienne subit une régression rapide et il ne subsista qu'une légère infiltration dure, indolore.

OBSERVATION II (Personnelle)

Elle concerne M^{me} F..., âgée de 50 ans, que nous avons eu l'occasion d'observer dans le Service du D^r Cain, en février 1930. Elle y était entrée, envoyée par le Service de chirurgie, à cause de certains troubles oculaires. Par l'interrogatoire on arrive à reconstituer l'histoire clinique suivante : douze années auparavant, la parotide droite avait commencé à augmenter de volume pour atteindre au bout de deux ans le volume d'un œuf. On

pratiqua, il y a une dizaine d'années, l'ablation de cette parotide tuméfiée. Mais, quelques mois seulement après cette intervention chirurgicale, insidieusement, progressivement, se constitua une nouvelle tuméfaction aux dépens du peu de parotide qu'on n'avait pas pu enlever. C'était tout d'abord un petit noyau dur qui, progressivement, sans la moindre douleur, augmentait de volume en même temps qu'il prenait une consistance irrégulière. La malade alla consulter, il y a un mois, dans un Service de chirurgie, on lui conseilla l'intervention qu'elle accepta et qui fut pratiquée il y a trois semaines.

A l'heure actuelle, l'examen de la région parotidienne montre : une cicatrice verticale et surtout une petite tuméfaction d'une hauteur de 3 centimètres, dure, indolore, semblant être un reliquat de glande parotide. Il n'y a pas d'adénopathie ; il n'y a rien à la bouche, l'orifice du canal de Stenon est normal, la malade accuse une certaine sécheresse de la bouche. L'examen général montre : au niveau des *yeux*, du strabisme interne gauche que confirme l'examen du spécialiste ; de l'irrégularité pupillaire. Il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson. Au niveau du système nerveux, on trouve des réflexes vifs sans signe de Babinski. Il n'y a rien aux autres appareils.

La réaction de B.-W. dans le sang est franchement positive. On demande dans le Service de chirurgie de vouloir bien nous prêter la pièce opératoire, laquelle, heureusement, avait été gardée. Nous avons exposé tout au long, au chapitre d'anatomie pathologique, les résultats si intéressants de l'examen histologique. Il en résultait qu'il s'agissait de lésions syphilitiques de la glande qu'on avait prises à deux reprises dif-

férentes pour une tumeur de la parotide. D'ailleurs nous en avons fait, également, la preuve indirecte : nous instituâmes un traitement par le Quinby et au bout de la troisième piqûre la petite nodosité parotidienne constatée à l'entrée de la malade avait complètement fondu.

OBSERVATION III (Résumée)

(Girard et Trigher)

Femme de 24 ans, présentant un rash maculo-papuleux sur le corps et des plaques muqueuses dans la bouche. Les deux parotides étaient tuméfiées et fermes. Sialorrhée marquée, trismus douloureux et fièvre élevée. Amélioration rapide après traitement antisypilitique.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Girard et Trigher)

Homme, 22 ans, avec lésion primaire cicatrisée sur la verge et une adénite. Une tuméfaction se développa dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires avec un trismus marqué et de la sialorrhée.

Amélioration rapide par le traitement syphilitique.

OBSERVATION V

(Chargin et Rosenthal)

Homme, 25 ans, présentant un mauvais état général, fut admis à l'hôpital le 4 août 1930. Rien dans les antécédents, sauf une scarlatine grave à l'âge de 3 ans qui lui laissa comme séquelle une surdité marquée. Il

se plaint surtout d'une douleur au pénis, une éruption généralisée sur le corps, une tuméfaction d'un côté du visage. Ses derniers rapports sexuels dataient de six semaines. D'après le malade, la tuméfaction de la partie droite du visage existait depuis deux semaines.

L'examen montrait deux lésions indurées de la taille d'un pois sur le dos du gland. Il y avait une éruption généralisée maculeuse, érythémateuse sur le corps, une alopecie typique et une grosse tuméfaction mollassse en avant et au-dessous de l'oreille droite. Les ganglions inguinaux, cervicaux et sous-maxillaires étaient tuméfiés. Le ganglion épitrochléen n'était pas augmenté de volume. La tuméfaction du visage mesurait environ 5 centimètres en largeur et 9 centimètres en hauteur. Elle présentait une consistance ferme et une surface un peu irrégulière. La peau était légèrement rouge et tendue. Les symptômes subjectifs consistaient en douleurs dans la région parotidienne, de la difficulté à l'ouverture de la bouche, à la mastication et à la déglutition. Il y avait une salivation modérée. L'examen de la bouche montrait un orifice du canal de Stenon, tuméfié et rouge. Le Bordet-Wassermann dans le sang, le jour de l'admission, était fortement positif.

Le traitement antisiphilitique fut rapidement institué, l'amélioration fut rapide. En une semaine la douleur diminua et la tuméfaction parotidienne droite diminua de volume. En deux semaines, la tuméfaction était presque entièrement disparue de même que les douleurs. Il ne restait plus qu'une tuméfaction et une rougeur de l'orifice du canal de Stenon. Simultanément, il y eut évolution rapide vers la guérison de l'éruption maculeuse. Le 28 août on notait que la région parotidienne était

redevvenue absolument normale. A ce moment, le malade avait déjà reçu 4 injections d'arsphénamine et 5 injections d'une préparation bismuthique.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Gundorow)

Un homme de 26 ans avait une histoire clinique de syphilis datant de deux ans : chancre et éruption généralisée. Une parotidite bilatérale se développa. Les masses tuméfiées étaient arrondies, lisses, de la taille d'une noisette, légèrement mobiles et fermes. La peau qui les recouvrait était tendue. Légère douleur à la pression. En raison des antécédents de syphilis, le traitement antisypilitique fut institué : les masses disparurent rapidement.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Gundorow)

Homme, 43 ans, avec antécédents de chancre. Le traitement antérieur avait consisté en 30 frictions mercurielles. Le malade se présentait avec une roséole, une angine et une adénopathie généralisée. Les deux parotides présentaient chacune une tuméfaction du volume d'une noisette, bien limitée, ovale, ferme et mobile. Sous l'influence du traitement mercuriel, l'éruption, l'engorgement ganglionnaire et glandulaire disparurent rapidement.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Gundorow)

Etudiant, 21 ans, avait des érosions superficielles sur le prépuce. Un mois plus tard, les parotides étaient tuméfiées : la gauche de la taille d'une orange et la droite de la taille d'une noisette. La peau était lisse, tendue mais mobile. La masse était légèrement lobulée. Guérison sous l'influence du traitement syphilitique.

OBSERVATION IX

(Flandin et Aubin)

Un homme de 24 ans vient consulter pour une tuméfaction des deux régions parotidiennes. Le début des accidents remonte à octobre 1920, date à laquelle apparaît la tuméfaction de la glande droite suivie seulement un mois plus tard d'un gonflement de la parotide gauche. A l'examen les deux loges parotidiennes sont comblées, le visage a un aspect piriforme. On palpe facilement dans chaque glande un noyau dur, circonscrit, de consistance ferme, globuleux, n'adhérant pas à la peau. Celle-ci est mobile et de coloration normale. L'expression de la glande fait sourdre une goutte de salive par le canal de Stenon. Les autres glandes salivaires sont indemnes et la muqueuse jugale est normale. L'examen général du malade permet de rattacher les manifestations parotidiennes à la syphilis qui s'affirme par ailleurs par une cicatrice de chancre, de la polyadénopathie et une réaction de B.-W. positive dans le sang. En

somme, il s'agissait d'une hypertrophie diffuse des deux parotides chez un syphilitique secondaire.

OBSERVATION X

(Lemierre)

Un sujet de 22 ans entre dans le service pour une tuméfaction parotidienne bilatérale. C'est la parotide gauche qui a été tuméfiée la première, progressivement et sans aucune gêne fonctionnelle, il y a environ deux mois ; trois jours après, la glande droite se prend également et un mois après s'installe une paralysie faciale gauche. A l'examen la face apparaît nettement déformée, par les deux tuméfactions parotidiennes, le côté gauche étant plus tuméfié que le côté droit. A la palpation les deux glandes apparaissent régulières, non bosselées mais elles présentent une dureté ligueuse. Les contours de la glande sont précis ; on peut suivre le prolongement massétérin. On ne provoque aucune douleur à la pression. La peau présente un aspect normal. L'examen de la bouche et des autres glandes salivaires ne montre rien d'anormal, il n'y a pas de trismus, pas de sécheresse de la bouche. Par ailleurs, la paralysie faciale gauche est évidente.

Malgré l'absence de tout stigmate clinique de syphilis, malgré l'absence de tout antécédent spécifique, malgré l'absence de données sérologiques on pense, par élimination, à l'origine syphilitique de ces parotidites et on institue un traitement par l'iodure de potassium. Ce traitement amène au bout d'un mois la disparition totale des deux tumeurs parotidiennes. Il s'agissait donc, très vraisemblablement d'une syphilis de la parotide, car si

le KI a également une bonne action sur l'actinomycose, le tableau clinique de cette dernière affection est tout à fait différent.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Semon)

Parotidite bilatérale chez une femme de 54 ans ayant des antécédents de syphilis et un B.-W. positif. Il y avait de la sécheresse de la bouche à un point tel que les aliments solides ne pouvaient être avalés qu'à la condition d'être mouillés au préalable. La malade accusait des poussées répétées de parotidite surtout du côté droit. On obtint une amélioration par le traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Mierzecki)

Malade présentant une tuméfaction indolore des régions sous-maxillaires et parotidiennes qui se développa deux ans après le chancre. Un an plus tard il y eut une tuméfaction du testicule gauche. Le traitement par les rayons X échoua et pour cette raison on fit l'ablation du testicule gauche. L'examen histologique montra une orchite syphilitique. Le B.-W. et la réaction de Sachs-Georgi étaient positifs.

OBSERVATION XIII

(Vuillet)

Le malade est un homme de 39 ans dont la santé générale est excellente. Il est ouvrier peintre mais il n'a jamais eu aucun accident de saturnisme.

Au mois de mai 1911, il a constaté pour la première fois, en avant du lobule de l'oreille du côté droit, un nodule dur, non douloureux, dont les dimensions ne dépassaient pas alors celles d'une noisette. Dès cette époque il éprouvait une certaine gêne dans les mouvements de la mâchoire. Ce phénomène devait s'accroître au cours de la maladie à l'exclusion de tout autre trouble fonctionnel.

Vers le milieu de septembre la petite masse pré-auriculaire a déjà atteint le volume d'une châtaigne. Elle ne provoque aucune douleur, elle est tout à fait insensible à la pression ; de consistance ferme, lisse ; elle occupe à peu près exactement la loge parotidienne et semble bien formée par la glande salivaire hypertrophiée dans son ensemble. Sa forme est ovoïde à grand axe vertical, elle détermine une saillie, très apparente à la simple inspection et à son niveau la peau, quoique souple et mobile semble un peu plus rouge que dans le voisinage.

Il n'existe pas de ganglions dans les régions sous-maxillaires et parotidiennes et la parotide du côté gauche est parfaitement normale ainsi que les autres glandes salivaires. L'exploration du canal de Stenon et l'examen de son orifice montrent que la salive s'écoule normalement. L'inspection de la bouche, du pharynx,

des fosses nasales, n'indique rien qui puisse renseigner sur la nature de l'affection. Neuf ans auparavant le malade a souffert d'une paralysie faciale du côté droit, cette paralysie a duré trois mois et a guéri sans laisser aucune trace.

Comme on hésitait à porter un diagnostic ferme le malade fut laissé en observation pendant quelques semaines encore ; mais sa tumeur continuant à augmenter de volume, dans la crainte d'une évolution maligne possible, on décide de pratiquer l'extirpation de la glande parotide. Au dernier moment cependant quelques doutes surgissent dans l'esprit du chirurgien qui se contente de prélever un petit fragment de néoplasme pour en demander l'examen histologique. Immédiatement après cette légère opération le malade a voulu quitter le service pour reprendre son travail. Il revient pourtant au mois de décembre. Alors, non seulement la tumeur est considérablement augmentée de volume, mais à la surface de la saillie parotidienne on voit une ulcération d'un centimètre carré environ, à contour très net, à fond jaune grisâtre.

L'étude du fragment prélevé ayant donné les renseignements rapportés ci-dessus (voir chap. Anat. path.), on pratique la réaction de Wassermann qui se trouve être très nettement positive.

Le premier traitement mis en œuvre consiste en injections de biiodure qu'on poursuit pendant une vingtaine de jours. Après ce temps, la masse parotidienne a sensiblement diminué, mais sa consistance reste la même, l'ulcération est toujours aussi étendue, il s'y forme même une fistule salivaire.

On se décide alors à pratiquer des injections intra-

veineuses de salvarsan. D'abord 30, puis huit jours après, 60 centigr. sont ainsi administrés. Très rapidement la lésion s'assouplit et s'affaisse, l'ulcération se comble, devient linéaire, cesse de suinter, la fistule salivaire se tarit. On termine la médication par une nouvelle dose de 30 centigr. La cicatrisation est complète, la tumeur entièrement disparue, la peau presque normale. Cette guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (avril 1913).

Remarquons que rien dans l'histoire de notre malade ne pouvait faire penser à la nature spécifique de son affection. Il s'est marié jeune, il a eu trois enfants actuellement vivants, un seul est un peu maladif et présente des lésions rachitiques du squelette. La réaction de Wassermann de cet enfant, faite ultérieurement, fut négative. Cet homme assure naturellement n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne et un interrogatoire détaillé n'a pas permis de relever dans son passé le moindre accident suspect. Seule l'étude histologique de la lésion a pu donner la solution du problème clinique.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Mohr)

Homme, 36 ans, présentait une tuméfaction parotidienne bilatérale, dure, irrégulière, du volume d'une poire. En outre les sous-maxillaires, sublinguales et les glandes de Blandin-Nühn étaient également tuméfiées, indolores. Le tibia droit présentait une gomme périostée. Les deux testicules étaient doublés de volume.

La peau du scrotum était tendue. Toutefois, l'épididyme était normal. Ce cas fut considéré comme un cas de parotidite bilatérale associée à une orchite double chez un malade atteint antérieurement de syphilis.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Mohr)

Homme, 48 ans, avec carcinose péritonéale, présentait une tuméfaction bilatérale des parotides et de petites tuméfactions des glandes sous-maxillaires et sublinguales. Les deux testicules étaient du volume d'un petit poing. Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, la tuméfaction des glandes parotidiennes et testiculaires disparut.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Mohr)

Femme, 24 ans, présentait une tuméfaction bilatérale des sous-maxillaires et des sublinguales. La réaction de B.-W. était négative. Il y avait en outre, dysfonctionnement thyroïdien et la malade était obèse. Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, la tuméfaction des glandes disparut et il y eut une fonte du tissu adipeux.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Guibaud)

Femme, 49 ans, portait une tuméfaction ligneuse de la région parotidienne droite. La peau qui la recouvrait

était d'apparence normale et n'y adhérait pas. Le B.-W. dans le sang était fortement positif. Cinq injections intra-veineuses de novar firent disparaître rapidement la tuméfaction.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Kjellberg)

Femme, 56 ans, sans syphilis avouée. Durant les vingt années précédentes, elle avait présenté plusieurs « grosseurs », lesquelles apparaissaient en différents endroits du corps, s'ulcéraient et guérissaient spontanément (il s'agissait vraisemblablement de gommès). Au moment de l'examen, elle présentait une grosse tuméfaction ferme, indolore de la région parotidienne droite. La peau qui la recouvrait était rouge et chaude. Pas de sialorrhée. Amélioration marquée au bout d'un mois de traitement par l'iodure de potassium et par des frictions mercurielles.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Kjellberg)

Femme, 32 ans, ayant présenté deux fausses couches. B.-W. fortement positif. Trois ans après la dernière fausse couche apparut dans chaque région parotidienne une tuméfaction dure. Elles diminuèrent toutes les deux de volume sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et par l'arsenic.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Sklarz)

Femme âgée, niant toute infection syphilitique. Elle présentait une tuméfaction parotidienne gauche, une alopécie, une leucoplasie et un B.-W. positif. Après un traitement par de l'iodure de potassium et par des injections mercurielles la tuméfaction parotidienne disparut.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Simard)

Homme, 74 ans, accusait une tuméfaction progressive de la région parotidienne droite. Elle était ferme et légèrement adhérente à la peau et aux plans profonds. On fit, par élimination, le diagnostic de gomme. La lésion s'améliora rapidement par le traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION XXII

(Richter)

Marg. P..., âgée de 37 ans, vient consulter pour une tuméfaction de la parotide droite. Le début de ces accidents remonte à cinq ans. Depuis ce moment il se produit presque chaque mois, au moment ou peu avant les règles, un gonflement parotidien, le plus souvent du côté droit. Chaque poussée s'accompagne d'un malaise général plus ou moins intense de fatigue, de fièvre et de signes fonctionnels souvent importants. Dans l'intervalle, il persiste une petite tuméfaction de la glande.

Tous ces troubles n'ont fait qu'augmenter et, au moment où la malade vient consulter, l'état général est très gravement touché et les brûlures de la bouche restent intolérables. Par ailleurs, l'interrogatoire apprend l'existence d'une syphilis contractée vingt ans auparavant et insuffisamment traitée.

A l'examen, on trouve une petite tuméfaction parotidienne ferme, légèrement sensible au palper, mobile sous la peau qui est à peine rosée. L'examen de la bouche montre une muqueuse très rouge et une langue lisse décapillée. Les autres glandes salivaires et les glandes lacrymales sont normales. Il n'existe aucune adénopathie appréciable. La malade se plaint d'une gêne discrète à l'ouverture de la bouche, et surtout de brûlures très intenses à ce niveau. Par ailleurs, la formule sanguine est normale. L'interférométrie montre une déficience légère des ovaires. Le B.-W. dans le sang est négatif. A cause des antécédents de la malade on institue un traitement anti-syphilitique mixte, lequel très rapidement aboutit à la disparition de ces parotidites catameniales. Une légère récurrence survenue cinq mois après la cessation du traitement a été guérie par un traitement bismuthique. Ce fut la dernière. Une amélioration pratiquement équivalente à la guérison s'est maintenue à partir de ce moment.

OBSERVATION XXIII

(Richter)

Agnès D..., âgée de 32 ans, consulte pour une tuméfaction parotidienne droite apparue très insidieusement et sans la moindre gêne fonctionnelle. Cette tuméfac-

tion a progressivement augmenté de volume en même temps qu'elle s'est ramollie. A l'examen, on palpe un petit noyau légèrement ramolli enchâssé dans la parotide droite avec laquelle il fait corps. Il n'adhère aucunement à la peau qui est normale d'aspect. La malade est mise en observation. Petit à petit, le noyau augmente de volume et des signes fonctionnels gênants apparaissent. La malade accuse une sécheresse de la bouche avec des brûlures très importantes rendant l'alimentation difficile. Une ulcération se forme, large comme une pièce de deux francs, à fond suintant, à bords assez flous. Les ganglions ne sont pas pris, les autres glandes salivaires sont indemnes. La réaction de B.-W. est positive dans le sang. On institue un traitement énergique par le Néo-salvarsan et le bismuth qui amène une guérison rapide. D'ailleurs, l'examen anatomo-pathologique d'un fragment prélevé au bord de l'ulcération confirme le diagnostic en montrant des lésions de parotidite syphilitique.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Kemp et Moore)

Un nègre, 24 ans, avait de grandes gommès dans les deux parotides, dans la cloison du nez et dans les cornets. Réaction de B.-W. est positive. Une injection de novar amena une grosse amélioration.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(Kemp et Moore)

Un nègre, 35 ans, présentait une gomme ulcérée de la parotide droite s'accompagnant d'une paralysie des

branches terminales du nerf facial droit et une périostite du tibia droit. B.-W. positif dans le sang. Un court traitement anti-syphilitique amena une amélioration nette, mais le malade ne revint plus à la consultation.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

(Kemp et Moore)

Femme de couleur, 23 ans, présentait une gomme de la parotide droite, une syphilide nodulaire de la joue et une gomme du quadriceps fémoral droit. A la suite de trois injections intra-veineuses d'une préparation arsénicale toutes ces tuméfactions disparurent.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

(Jeruchimovic et Bljumkin)

Homme, 42 ans, niant toute syphilis. Il présentait une grosse tuméfaction arrondie, indolore, de la parotide gauche. La réaction de Meinicke était faiblement positive. Après traitement par de l'iodure de potassium, la tuméfaction diminua de volume et les mouvements du cou devinrent plus faciles. En continuant le traitement la tuméfaction disparut complètement.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(Haslund)

Peintre, 45 ans, niant toute syphilis. Il présentait une tuméfaction d'une parotide, grosse comme un poing, existant depuis deux mois et des ulcérations profondes

du cuir chevelu. Un traitement par de l'iodure de potassium amena une réduction partielle du volume de cette tumeur parotidienne.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(Haslund)

Homme, 59 ans, avait eu la syphilis quatorze ans auparavant. Deux mois avant son admission à l'hôpital, le malade avait été traité par de l'iodure de potassium pour une gomme du palais. Trois semaines avant l'admission il eut de la fièvre, une douleur et une tuméfaction dans une région parotidienne. Cette tuméfaction fut incisée par la suite malgré la positivité de la réaction de B.-W. Sous l'influence du traitement par des frictions mercurielles et par du KI, il y eut disparition presque complète de la lésion.

OBSERVATION XXX

(De Massary et Tockmann)

Cette observation concerne un sujet de 26 ans entré dans le service pour une tuméfaction des deux parotides installée depuis six jours. Le début des accidents a été fébrile et s'est accompagné de courbature, de fatigue générale et de céphalée. A l'examen les deux parotides apparaissent très augmentées de volume, fermes, voire même dures. Elles sont bien limitées, légèrement douloureuses au palper, mobiles par rapport aux plans sus et sous-jacents. La peau qui les recouvre est normale. L'examen de la bouche ne montre

rien d'anormal en dehors d'une goutte de muco-pus au niveau de l'orifice du canal de Stenon. Les autres glandes salivaires sont normales, et il n'y a pas d'engorgement salivaire. La ponction lombaire montre une légère réaction lymphocytaire. Le diagnostic posé est celui d'oreillons. Cependant la régression ne se produit pas, les parotides restent toujours grosses, deviennent irrégulières, lobulées. Six semaines après le début des accidents apparaît très brusquement une tuméfaction des deux glandes lacrymales. On ne constate rien de nouveau à l'examen clinique général, sauf une splénomégalie modérée. On pratique alors l'examen du sang qui révèle une réaction de B.-W. positive. On institue un traitement anti-syphilitique mixte qui amène une amélioration remarquable par sa rapidité. Il ne persiste au bout d'un mois qu'une très légère amélioration, ainsi qu'un petit nodule lacrymal. Le malade ayant quitté le service, le traitement n'a pu, malheureusement être continué.

OBSERVATION XXXI

(Sabrazès)

Glossite ulcéreuse, lésions fongueuses de la voûte palatine, caries dentaires mutilantes du collet, sclérose des glandes parotides et sous-maxillaires, absence presque complète de la sécrétion salivaire, spécificité.

Il s'agit d'une femme de 65 ans. Elle vient consulter pour une sécheresse de la bouche, apparue depuis un an et demi, l'obligeant à mouiller son pain avant de le mastiquer. Simultanément sa langue est devenue rouge et douloureuse, et sa bouche s'est progressivement

édentée. L'interrogatoire ne permet pas de révéler des antécédents dignes d'intérêt. A l'examen, les régions parotidiennes sont plus creuses que normalement, on y trouve à la palpation des parotides rétractées, scléreuses, ceci étant surtout marqué à gauche. La glande sous-maxillaire est également diminuée de volume et de consistance dure. Le canal de Stenon est normal, les glandes lacrymales ne semblent pas présenter des anomalies fonctionnelles ou morphologiques. Mais à l'examen de la bouche on découvre une glossite scléreuse et des lésions de la voûte palatine et la réaction de B.-W. pratiquée dans le sang s'est montrée fortement positive.

OBSERVATION XXXII

L'observation de Méry, L. Girard et Mercier-Desrochettes, réunit une triple étiologie : infection chronique du rhino-pharynx, syndrome polyglandulaire fruste et hérédo-syphilis, la lymphadénie aleucémique étant exclue.

Renée K..., âgée de 13 ans, présente depuis deux mois une double tuméfaction parotidienne, ne donnant lieu à aucun signe subjectif ni fonctionnel. A l'examen, on trouve les deux parotides symétriquement gonflées, dures, leur contour est net, lobulé ; elles sont indolores. Il existe de plus une induration de la glande sous-maxillaire gauche et des deux sublinguales, les deux paupières supérieures sont également boursoufflées, on sent une saillie dure et indolore des glandes lacrymales. La sécrétion salivaire est nettement diminuée, la bouche est sèche, la soif vive, l'enfant pleure sans larmes. Il n'y a pas de paralysie faciale.

L'examen général montre que la petite malade présente de plus un syndrome sympathicotonique et polyglandulaire fruste : troubles vasomoteurs, retard du développement génital et apathie. D'autre part elle a des signes manifestes d'infection rhino-pharyngée et une conjonctivite.

Interprétation des faits observés : l'infection rhino-pharyngée et oculaire est secondaire et due à l'absence de salivation et de larmoiement. Quant à la tuméfaction parotidienne symétrique et à l'inhibition de la sécrétion salivaire elles sont sous la dépendance de l'excitation permanente du sympathique. Les expériences physiologiques ont prouvé en effet que l'excitation du sympathique détermine un arrêt de la sécrétion salivaire ou une sécrétion paralytique, les connexions anatomiques du noyau sympathique salivaire et du noyau lacrymal rendant compte, par ailleurs, de l'atteinte simultanée de leurs glandes tributaires. La sympathicotomie elle-même est le résultat du syndrome d'insuffisance polyglandulaire, lui-même engendré par la syphilis. Mais la malade ne présente aucune dystrophie, les réactions de la syphilis sont négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Aussi la preuve de l'origine de cet ensemble clinique semble pouvoir être tirée de la caractéristique du syndrome polyglandulaire lui-même, ainsi que de l'action favorable du traitement par le biiodure de mercure.

OBSERVATION XXXIII

(Jeanselme)

Un homme de 54 ans vient consulter pour gêne de la parole et de la mastication, apparue il y a huit ans et augmentant progressivement depuis.

Ces signes fonctionnels sont liés, comme le montre l'examen, à une augmentation du volume de la langue, des lèvres et des deux parotides.

Le visage est piriforme, les parotides débordent très nettement sur les branches montantes du maxillaire inférieur.

L'examen de la glande la montre hypertrophiée en masse, régulière, sans nodosités, mobile et indolente. La peau est d'aspect, de consistance et de mobilité normaux.

Les autres glandes salivaires sont frappées d'une atteinte légère, les lacrymales, au contraire, sont franchement mais modérément atteintes.

L'examen de la bouche ne montre rien d'anormal, quant à la muqueuse et aux amygdales, il existe, par contre, une glosso-labialite syphilitique tertiaire typique avec plaques de leucoplasie commissurale.

Il n'y a pas d'adénopathie appréciable.

La gêne fonctionnelle est, comme nous l'avons vu, assez importante et fait à noter il y a hypersécrétion de la parotide et des lacrymales, traduite par une sialorrhée abondante et un larmolement marqué.

Par ailleurs, l'examen du cœur, révèle une arythmie complète avec augmentation de l'ombre cardio-aortique à la radioscopie, celui du système nerveux, une irritation du faisceau pyramidal prouvée par une hyper-

réflectivité tendineuse et un signe de Babinski, du côté droit.

L'image ophtalmoscopique est celle d'une chorioretinite gauche ancienne ; le liquide céphalo-rachidien est normal.

Dans les antécédents on trouve une syphilis contractée il y a vingt-huit ans et non soignée, aussi institue-t-on un traitement anti-syphilitique énergique.

OBSERVATION XXXIV (Résumée)

(Mohr)

Un garçon de 15 ans atteint probablement d'une syphilis héréditaire présentait une tuméfaction bilatérale des glandes salivaires, et une augmentation du volume de la rate. Le B.-W. était très positif dans le sang. On ne trouve pas mentionnés les résultats du traitement.

OBSERVATION XXXV (Résumée)

(Garrahan)

Garçon, âgé de 15 ans, présentant une tuméfaction lente et progressive des deux parotides. Ces tuméfactions étaient lisses, régulières, de consistance ligneuse, indolores, bien circonscrites et n'adhérant pas à la peau, le B.-W. était positif dans le sang. La plus grande partie des tuméfactions disparut en un mois sous l'influence d'un traitement mixte, cyanure de mercure et iodure de potassium.

OBSERVATION XXXVI (Résumée)

(Haslund)

Petit garçon de 8 ans, atteint de syphilis héréditaire. Il avait été traité à l'âge de quatre semaines à l'occasion d'une éruption papuleuse et d'un coryza. L'éruption avait disparu après les frictions mercurielles. Néanmoins, le B.-W. resta positif dans le sang. Quand l'enfant eut 8 ans, il se développa dans la joue droite une tuméfaction parotidienne ferme et dure. En dépit du traitement par le mercure et le KI, la tumeur augmenta de volume et devint fluctuante conduisant à l'incision. Sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique ultérieur l'affection disparut ce qui, d'après l'auteur, garantit la nature syphilitique de cette parotidite.

CONCLUSIONS

I. — La parotidite syphilitique est une affection rare. Nous avons pu rassembler 70 cas. En réalité sa fréquence doit être plus grande, certains cas restant non diagnostiqués.

II. — Les lésions syphilitiques des parotides se voient au cours de la syphilis héréditaire et au cours de la syphilis acquise.

III. — Dans l'hérédo-syphilis il s'agit soit de constatations anatomiques faites à l'autopsie de fœtus ou de nouveau-nés syphilitiques, soit de manifestations cliniques tardives touchant le grand enfant ou l'adolescent ; elles revêtent alors surtout le type gommeux.

IV. — Dans la syphilis acquise l'atteinte parotidienne peut être précoce ou tardive. Les altérations syphilitiques précoces réalisent le tableau d'une parotidite bilatérale d'allure subaiguë. Elles surviennent au cours des manifestations diverses de la période secondaire. Ce sont les faits les plus rares. Les altéra-

tions syphilitiques tardives sont les plus importantes à considérer : dans certains cas le tableau est celui d'une parotidite chronique bilatérale ; dans d'autres cas celui d'une gomme. La parotidite syphilitique tardive revêt souvent un aspect pseudo-tumoral. Ces 3 types cliniques peuvent s'intriquer.

V. — Plusieurs observations montrent l'origine syphilitique de certains cas de syndrome de Mikulicz.

VI. — Le diagnostic repose essentiellement sur la constatation de la syphilis du sujet. Dans certains cas il faudra éliminer les autres parotidites subaiguës ou chroniques. Dans les formes pseudo-tumorales, il faut éliminer les néoplasies parotidiennes bénignes ou malignes et certaines inflammations spécifiques de la parotide.

VII. — En l'absence de la notion étiologique, le diagnostic sera fait par les recherches humorales, par les résultats du traitement anti-syphilitique d'épreuve, par l'étude histologique d'un fragment de parotide prélevé par biopsie.

VIII. — Les altérations anatomiques constatées à l'autopsie des fœtus hérédo-syphilitiques montrent des lésions intriquées de sclérose et d'inflammation subaiguë dont l'étiologie syphilitique est prouvée par la présence des tréponèmes. Dans les fragments prélevés chez l'adulte, les altérations de la glande sont

caractéristiques : gommes diffuses ou circonscrites, réaction conjonctive jeune, altération caractéristique des vaisseaux, infiltrats lymphoplasmocytaires.

IX. — Le pronostic de la parotidite syphilitique est bénin, les lésions régressent avec le traitement anti-syphilitique arsenical et bismuthique, auquel il est utile d'ajouter l'iodure de potassium.

Vu : le Président de la thèse,
RATHERY.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Syphilis und Auge, Wiesbaden, 1888, p. 6.
- ASCHOFF. — Pathologische Anatomie, Jena, 1928, 2, 698.
- BENEDIKT. — Fistule de la parotide. *Buffalo Med. and Surg. Journal*, Février 1891.
- BOCK. — La syphilis gommeuse de la parotide. *La Clinique*, Bruxelles, 1888, p. 243.
- BRESGEN. — Speicheldrüsenerkrankungen, in *Diagn. Lexikon f. prakt. Aerzte*.
- CASSEL. — Krankenvorst. *Berl. dermat. Ges.* Décembre 1901, *Derm. Zeits.* 1902, p. 216.
- CHARGIN et ROSENTHAL. — Archives of dermatology and Syphilology, 1931, p. 236.
- CLAUS. — Luetische Erkrankung der Parotis. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1907, p. 982.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'Histologie path., vol. 4, I, 1912.
- DUDLEY TAIT. — Atrophie fibreuse des gl. salivaires. *Surg. Gynec. a. Obst.* 1912, p. 456.
- ERLER. — Zur Kenntnis des hereditär-luetischen Zungen Speicheldrüsen —, und Halslymphdrüsenvergrößerung. Th. Jena, 1892.
- FAROY. — Le pancréas et la parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né. Th. Paris, 1909.
- Recherches anatomo-pathologiques sur l'hérédosyphilis du pancréas et de la parotide. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1909.

- FERSCHLAND. — Über Syphilis der Parotis. Diss. Berlin, 1924.
- FELMANN. — Gumma in der Parotis, Kehlkopfstenose-luetischer Natur, etc. *Monatschr. f. Ohr.*, 1902, p. 195.
- FLANDIN et AUBIN. — Bull. Soc. Fr. dermat. et syphil., 27, 352, 1920.
- FOLLET. — Examen clinique de la salive des syphilitiques *Compt. Rend. Soc. Biologie*, 1907, t. I, p. 667.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, période tertiaire, 1901, p. 559.
- GAUCHER. — La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur. Paris, 1909, p. 1.
- GERBER. — Handbuch der Geschlechtskrankheiten de Finger, 1913, t. III, p. 109.
- GARRAHAN. — J. P. Semana méd., 1, 172, 1922.
- GILE. — Syphilitic enlargement of the salivary glands. *American Medicine*, 1907, p. 686.
- GIRARD et TRIGHER. — Bull. méd. Paris, 40, 72, 1926.
- GIGON. — Die Krankheit der Speicheldrüsen. *Handbuch der inneren Medizin*. Berlin, 1926.
- GRAVITZ. — Zwei seltene Geschwültsfaelle nebst Beobachtung über die Kontraktilitaet von Geschwülstzellen. Th. Berlin, 1873.
- GUNDOROW. — Allg. Wien. med. Ztg., 58, 449, 1913.
- GUTMANN. — Mikulicz'sche Krankheit und ihre Beziehung zur Lues. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1907, p. 141.
- HARTMANN. — Syphilis des glandes salivaires, in Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus, t. V, p. 284.
- HASLUND. — Dermat. Wochenschr., 62, 63, 1916.
- HEINECKE. — Deutsche Chir. Stuttgart, 1886-1913.
- HENCKE et LUBARTSCH. — Handbuch der spez. path. Anat. u. Hist. Julius Springer, Berlin, t. V. 2, 1929.

- JERUCHIMOVICZ et BLJUMKIN. — Vrach. dielo, 10, 1149, 1927.
- JEANSELME, HUET et DESBROUSSES. — Bull. Soc. derm. et syph., 1928, p. 20.
- KAPOSI. — Path. und Therapie der Syph., 1891, p. 273.
- KAUFFMANN. — Lehrbuch der spez. path. anat. Berlin. u. Leipzig, 1922.
- KJELLBERG. — Acta dermat. venereol., 1, 263, 1920.
- KEMP et MOORE. — Arch. of Dermat. and Syphil., juillet 1922, p. 57.
- KOSCHEL. — Die Syphilis der Speicheldrüsen. Th. Berlin, 1898.
- KUTTNER. — Chirurgie der Speicheldrüsen. *Hand. der prakt. Chir. von V. Bergmann., V. Bruns., 1907, 6^e fasc. p. 658.*
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1866, p. 318.
- LANG (E.). — Ueber Mastitis und Parotidis syphilitica. *W. med. Woch.*, 1880, p. 206 ; Path. und ther. der Syphilis, 1884-1886, p. 194-217 ; *Krankenvorstellung. Wien. dermat. Ges.*, décembre 1894.
- LAPERSONNE (DE). — Dacryoadénites syphilitiques. *Arch. d'Opht.*, 1902, p. 760.
- LEMNOFF. — Ueber Echinokokken und Syph., Geschw. *Deut. med. Woch.*, 1898, p. 407.
- LEMIERRE. — Bull. méd. Hôp., 43, 510, 1919.
- LETULLE et VUILLET. — In thèse Vuillet, 1913.
- MASSARY (DE) et TOCKMANN. — Syndr. de Mikulicz de nature syphilitique guéri par le traitement mixte. *Bull. Soc. Med. Hôp.*, 25 oct. 1918.
- MANDOWSKY. — Ein seltener Fall von Geschwültsbildung in der Parotis. *Aerz. Prakt.*, août 1894.
- MIERZECKI. — Dermat. Wochenschr., 85, 740, 1927.

- MERKEL. — Ankylose des rechten Unterkiefergelenks infolge von Gummöser. Uebildung der Parotis. *Münchn. med. Wochsch.*, 1896, 1228.
- MÉRY, GIRARD et MERCIER. — Cité in Jeanselme, Huet et Desbrousse. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921.
- MOHR. — Zeitsch. für Gebutsh. und Gynäk., 74, 409, 1913.
- MORESTIN. — Syphilome parotidiens. *Bull. et Mém. société de chirurgie*, 1912, p. 287.
- NEUMANN. — Über Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1894, n° 29.
- NOTHNAGEL. — Spezielle Path. und Th. 1896, vol. 23.
- ORTH. — Lehrbuch der speciellen path. Anat., 1887, VI, p. 623, 902.
- OSLER. — On chronic symmetrical enlargement of the salivary and lacrymal glands. *Am. journ. of the med. Sc.*, 1898, p. 30.
- PACKARD. — Journ. of the Am. Association, n° 37, p. 450.
- PARMENTIER et CHABROL. — In nouveau Traité médecine. Vidal-Royer, Tessier. Masson, 1933.
- RICHTER (W.). — Läische Erkrankungen der Parotis. *Münchn. med. Wochschr.*, 1928, n° 30.
- SMET (DE). — Clin. Bruxelles, 1888, 243-247.
- SIMARD. — Gomme de la parotide. *Bull. med. Québec*, 1906-1907, p. 67.
- SKLARZ. — Verhandl. d. Berlin Dermat. Gesellschaft, 1922.
- STERNBERG (G.). — Lehrbuch der allgemeinen Path. und path. Anat., 1928, p. 416.
- STEDMANN. — Amer. Journ. of the med. Sc., octobre 1878.
- SYMMERS. — American Medicine, 1903, p. 179.

- TSCHAGIN. — Erosion chancreuse palpébrale *oculi sinistri*.
Russ. Ges. f. Derm. und Syph., 1888, p. 133.
- VEHSE. — Ein Fall von syphilitische Speicheldrüsenentzündung. Th. Leipzig, 1906.
- VERNEUIL. — Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale. *Gaz. Hôp.*, 1875, p. 1158.
- VIRCHOW. — Geschwülste, II, 1864-1865, p. 439.
- VITRAC et LAUBÉE. — Vaste ulcération syphilitique de la joue. *Soc. d'anatomie et de physiologie*. Bordeaux, 1897.
- VUILLET. — Thèse Paris, 1913.
- ZAGARI, cité par HENCKE et LUBARTSCH. — Handbuch der spez. Path. Anat. u. Hist., 1929.
-

1104. — Impr. de la Fac. de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-35
